Bolaños y Cacho (R)

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE

EL ABCESO DE HIGADO

TESIS

QUE

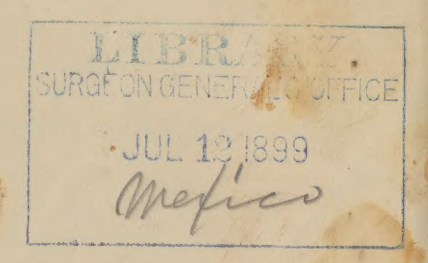
PARA LOS EXAMENES PROFESIONALES DE MEDICINA Y CIRUJIA

PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

Ramón Bolaños y Cacho

ALUMNO DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DEL ESTADO





OAXACA
IMPRENTA DE LORENZO SAN-GERMAN
1ª de Armenta y López, núm. 1
1889

A MIS PADRES,

EL SR. DR.

DON RAMON BOLAÑOS ECHEVERRIA

Y LA SRA.

Doña Sabina Cacho de Bolaños:

AMOR Y RESPETO SIN LÍMITES.

A MIS RESPETADOS MAESTROS,

LOS SEÑORES CATEDRATICOS

DEL

Instituto de Ciencias del Estado:

Humilde homenaje de gratitud.

Respetables Jurados:

Estoy muy lejos de creer que este pequeño é incorrecto estudio que ahora tengo el honor de presentaros, sea digno de vuestra reconocida ilustración. Fruto de mi inexperiencia y de mis escasas facultades, él no debe significar para vosotros otra cosa que mi deseo de cumplir lo mejor posible con la prescripción legal relativa, para cuyo objeto he empleado todos los esfuerzos de que he sido capaz.

Al presentarme delante de vosotros con el noble anhelo de alcanzar el honroso título á que aspiro, no confío en mis conocimientos, muy escasos sin duda, en la vasta y difícil ciencia de la Medicina, sino en la benignidad que caracteriza á todo jurado ilustrado, y que yo espero no me negaréis.

El estudiante que después de largas y numerosas fatigas en las que apenas si ha podido probar su constancia para el estudio, tiene la fortuna de terminar su carrera y llega al lugar donde yo me encuentro ahora, no tiene ni puede tener el caudal de conocimientos que dejara satisfechos vuestros afanes y aspiraciones como maestros, y vuestra instrucción y talento como profesores. Vosotros sabéis que sólo la larga práctica y el estudio constante habrán de darle al joven médico la instrucción y tino que complementen su educación profesional, convirtiéndole en un verdadero apóstol que, llevando por lema el filantrópico "*Alliis vivere*" de Hipócrates, consagra al hombre sus desvelos y su vida para aliviar sus dolores, haciéndole menos pesada la existencia.

***

El objeto que me propuse en este breve trabajo, fué estudiar en general el abceso de hígado, deteniéndome particularmente en el tratamiento quirúrgico especial á cierta clase de abcesos, empleado ya con éxito notable en esta ciudad.

El abceso de hígado es, como su nombre lo indica, una colección de pus en la masa de aquel órgano. Es comúnmente único, otras veces se producen varios pequeños focos separados entre sí por tabiques de tejido hepático más ó menos gruesos, pudiendo así permanecer aislados, ó comunicarse durante el curso de la enfermedad, hasta constituír una sola cavidad casi siempre muy anfractuosa, fenómeno que, según la observación de Jacoud, no es tan raro como lo habían creído Louis y Dutroulau.

El abceso es el resultado de una inflamación más ó menos viva, y que aun puede pasar enteramente desapercibida. No quiero decir con esto que toda hepatitis termine fatalmente por supuración, sino que ésta tendrá siempre por origen una inflamación; pues aun en los casos sumamente raros de abcesos desarrollados en el curso de una lesión de los huesos del cráneo, ó de los abcesos metastáticos de la piohemia, por ejemplo, sea que se admita con algunos autores la teoría de las embolias específicas, ó bien la de los reflejos, que por vías desconocidas las más veces, provocan lesiones en órganos alejados del que primitivamente se encontraba enfermo: en cualquier caso el principio del proceso es una irritación flegmásica. Lo que puede variar y varía mucho, en efecto, de un caso á otro, es la naturaleza del agente que provoca la inflamación. (Alcohol, partícula de pus detenida en un capilar hepático, etc.)

Etiología y Patogenia.—A ejemplo de varios autores divido las causas de la hepatitis supurada, en predisponentes y determinantes, habiendo algunas que, como lo haré constar al hablar de ellas en

particular, pueden desempeñar los dos papeles etiológicos.

Entre las predisponentes hay unas inherentes al individuo; tal es la edad. Según Laverán y Teissier, en la adolescencia y edad adulta son relativamente más frecuentes los abcesos hepáticos que en la infancia y la vejez; pero acaso dependa ésto únicamente de que la naturaleza de los trabajos á que se dedican el adolescente y el hombre adulto, así como la poca fuerza de voluntad para dominar sus pasiones exaltadas á esa edad, los someten á la influencia de causas más enérgicas de que hablaré después. De las estadísticas practicadas en México por el eminente clínico Dr. D. Miguel F. Jiménez, resulta que, para un número total de 232 casos, las proporciones relativas á las distintas edades son como sigue: 27 casos en individuos de 18 á 28 años de edad,—54 en los de 28 á 38,—66 en los de 38 á 48,—49 en los de 48 á 58,—19 en los de 58 á 68,—15 en los de 68 á 78,—4 en los de 78 á 81. Por lo cual se nota que la frecuencia del abceso va siendo mayor desde los 18 años (edad del más joven de los atacados) hasta el decenio comprendido entre los 38 y 48. En Oaxaca es de observación general que el abceso se produce con mayor frecuencia en la edad adulta.

El temperamento bilioso ha sido también considerado como perteneciente á este orden de causas de que me vengo ocupando. Pero hay otro grupo de causas predisponentes que no dependen forzosamente del individuo, es decir, que no están ligadas como las anteriores á su edad, temperamento, etc., circunstancias imposibles de destruir, éstas son: la habitación en climas calientes, el abuso de los líquidos espirituosos, del chile y de otros condimentos irritantes; el exceso y frecuencia en las comidas, mucho más cuando están demasiado condimentadas; las marchas y ejercicios forzados, las emociones morales vivas, sobre todo de cólera, etc. Todas estas causas obran combinadas frecuentemente, pero muchas de ellas aun por sí solas pueden provocar el desarrollo del abceso.

Se ha exagerado mucho, según Jacoud, la influencia

del clima caliente en la producción de la hepatitis supurada que se observa también con frecuencia en otros climas; pero el hecho es que muchas veces basta aquella sola causa para provocar la enfermedad, desempeñando en estas circunstancias el papel de causa determinante. Esto se observa frecuentemente en individuos recién establecidos en climas calientes, cuando acaban de abandonar tierras frías ó templadas. De todos modos, la influencia del clima cálido es una causa importante del abceso. En África, en Turquía, en las Indias Orientales, es donde se presenta con mayor frecuencia; y de los numerosos casos desarrollados en Argel, se han hecho por los médicos militares y de la marina francesa, observaciones preciosas que tanto han contribuído á hacer conocer mejor la enfermedad de que me ocupo.

Por lo que respecta á Oaxaca, país caliente, cuya temperatura media al año es de 20°,1; la observación ha enseñado que la sola influencia de su clima no se hace sentir de una manera apreciable, no sólo en los individuos que llevan un largo tiempo de habitar en él, pero ni en aquellos que se encuentran en el período de aclimatación, que es el más peligroso. Acaso obre como causa predisponente nada más.

El abuso de las bebidas alcohólicas es otra causa predisponente que, como la anterior, puede en muchos casos provocar por sí sola el desarrollo de la enfermedad. Es, según la opinión de varios autores, una de las más comunes. No sé á punto fijo en qué circunstancias se produce el abceso en la ciudad en general, por carecer de los datos necesarios; pero sí he podido observar que de los casos presentados en el Hospital General, la mayor parte han sido originados por el alcohol.

Tales son las principales causas predisponentes y mixtas que, según la observación de todos las autores, crean las circunstancias favorables al desarrollo del abceso. Paso á ocuparme ahora de las puramente determinantes, de aquellas cuya energía de acción si es suficiente van seguidas de la enfermedad, pero que si no lo es, por las condiciones en que se encuentre el indi-

viduo, no crean tampoco un estado de predisposición para su desarrollo bajo la influencia de causas ulteriores.

Citaré en primer lugar, la irritación directa del hígado producida por el enclavamiento de algún cálculo biliar, ó por la migración de ascárides ó algún otro parásito; la contusión, aunque rara vez, pues según la experiencia de Marechead, en 318 observaciones sólo se presentaron cuatro casos de abcesos; las heridas complicadas de la penetración de un cuerpo extraño ó un principio séptico; la propagación hasta el hígado de una inflamación de vecindad, como sucede en los casos de inflamación de la vena porta, en los de úlcera redonda del estómago y cáncer del mismo órgano, como lo ha observado Bamberger.

Las causas de que acabo de hablar obran todas directamente sobre el hígado, y de este modo provocan su inflamación; pero hay otro grupo de causas que más frecuentemente que las anteriores producen la hepatitis supurada y que obran de una manera más ó menos mediata, ó por intermedio, son á las que se ha convenido en llamar metastáticas. Las lesiones que por este mecanismo dan lugar al abceso, se encuentran situadas generalmente en alguno de los órganos de donde parten las raíces de la vena porta (estómago, bazo, intestino, etc.), lo cual se explica bien, pues las partículas de pus gangrenosas ó pútridas, desprendidas de aquellos puntos, encuentran en este vaso un conducto corto y fácil para llegar al hígado; así se producen los abcesos consecutivos á algunas operaciones practicadas en el recto, como la extirpación de hemorroides, las cauterizaciones, etc.; las que complican la supuración del bazo, y ciertas enfermedades y operaciones graves practicadas en el útero, los ovarios, etc. El tipo de esta clase de causas, por su manera de obrar, es la ulceración disentérica, que, por otra parte, es una de las más comunes. Según las estadísticas de Catteloup y Rouis ella sería el origen de los dos tercios de los casos. Aquí las partículas gangrenosas y pútridas desprendidas de las ulceraciones intestinales son absorbidas por las raíces de las venas mesaráicas, llegan á la porta que las conduce al hígado, y allí

son detenidas por los capilares hepáticos, produciendo en el lugar en donde se fijan una inflamación, que casi siempre termina por la formación de un abceso. Esta es la explicación generalmente aceptada para todos aquellos casos en que el órgano primitivamente atacado está en relación directa con la circulación del hígado; se le ha objetado, sin embargo, la integridad de las venillas hepáticas, la ausencia de hepatitis en la mayor parte de los casos de ulceraciones intestinales tuberculosas y tifoideas, y aun en algunos de ulceraciones disentéricas; pero en realidad ninguna de estas objeciones tiene gran valor, pues las alteraciones venosas sí se encuentran, pero en el sitio de la lesión, en el punto en donde se supone que se han detenido las partículas morbígenas, y la ausencia de hepatitis en los casos en que se observa, probablemente depende de que las ulceraciones tuberculosa y tifoidea no tienen en la mayor parte de los casos el carácter pútrido y séptico suficiente para provocarla, y esto mismo ha de suceder probablemente aun con la misma ulceración disentérica, en las epidemias benignas de esta enfermedad, especialmente cuando se desarrolla en climas templados ó fríos, ó durante el período del invierno.

Pero si la patogenia de esta clase de abcesos ha sido generalmente admitida, hay otros, como son los que se desarrollan á consecuencia de una lesión de los huesos del cráneo, cuya causa y modo de obrar son aún muy discutidos. Dos teorías principales se disputan su explación: según la primera, las partículas nocivas desprendidas de puntos más ó menos lejanos, arrastradas por la corriente sanguínea recorren un trayecto vascular más ó menos largo, según el sitio de la lesión primitiva, atravesando la pequeña circulación y parte de la grande, hasta llegar al hígado donde son detenidas, por ser la presión sanguínea muy débil en los capilares de dicho órgano; pero esta última circunstancia no explica la predilección del abceso para el hígado, supuesto que no es particular á ese órgano, encontrándose también una notable disminución de la tensión vascular en los capilares del riñón, siendo este fenómeno una consecuencia

mecánica necesaria á todo sistema porta. Por otra parte, si esta teoría fuese enteramente cierta, debería complicarse frecuentemente de abceso de hígado la endocarditis ulcerosa, cosa que no se observa en la práctica.

La otra teoría hace partir del sistema nervioso la causa de la hepatitis, diciendo que la irritación producida en los filetes nerviosos por ciertas lesiones, se trasmite á un grupo de celdillas nerviosas que obra como centro, y de donde se refleja á puntos muy distantes, bajo la forma de una excitación viva que termina por la inflamación. Esta teoría, deducida de la anatomía y fisiología del sistema nervioso en general, necesita ser comprobada por la observación.

Si las dos anteriores explicaciones no son enteramente satisfactorias, al menos se encuentran en una vía más positiva para el descubrimiento de la verdad, sustituyendo las misteriosas simpatías de los antiguos.

Anatomía patológica.—Ya he dicho al principio que el abceso puede ser único, y que otras veces se encuentran varios pequeños focos de pus separados entre sí; esto último se observa casi exclusivamente tratándose de abcesos hepáticos consecutivos á la piohemia ó á las heridas del cráneo; cuando son múltiples se les ve generalmente pequeños y ahuecados en la superficie del hígado; no se han llegado á contar, sin embargo, más de doce. Su volumen varía desde el tamaño de una avellana hasta el de una naranja y aun más grandes; pues se han podido extraer de algunos hasta 2,000 gramos de pus. En el Hospital General de esta ciudad se han observado á la autopsía algunos que ocupaban todo el lóbulo derecho del hígado, y en algunos casos de punción con el aparato aspirador de Potain se ha extraído más de un litro de pus.

La forma de los abcesos hepáticos es sumamente variable, y apenas si se puede decir de una manera general que afecta la esférica.

Con respecto á su sitio en alguno de los lóbulos del hígado, es conveniente hacer notar que es mucho más

frecuente verlos desarrollarse en el lóbulo derecho que en el izquierdo; pero esto que pudiera parecer á primera vista una marcada predilección para aquella parte del hígado, acaso dependa solamente de que el lóbulo derecho de este órgano es mucho más voluminoso que el izquierdo.

El pus hepático puede presentar las variedades de densidad, color, composición, etc., que el pus de los otros órganos; sin embargo, se ha hecho observar que el que está recientemente formado, es de un color rojo-chocolate característico, siendo más denso y de color amarillento el que lleva algunos dias de estar contenido en el abceso; otras veces es verdoso, debido esto á su mezcla con la bilis; por último, puede contener restos de tejido hepático, especialmente cuando la inflamación ha sido muy aguda, de la misma manera que se encuentran porciones de tejido conjuntivo en el pus de un flegmón.

Al rededor del abceso se encuentra una zona de tejido inflamado. Este tejido es al principio blando, de un rojo obscuro, y está ahuecado de pequeñas cavidades vacías, lo que le da el aspecto del tejido del bazo, y por lo cual se ha llamado zona esplénica. Por la resolución en pus de los elementos anatómicos que constituyen esta pared, el abceso puede ir aumentando de volumen, ó bien, los tejidos circunvecinos se condensan por la proliferación de sus elementos, se endurecen y dan á la pared del abceso el aspecto de una membrana que enquista el contenido; éste, á su vez, puede tener destinos diferentes, pero me ocuparé de ellos al hablar de las terminaciones del abceso.

Con respecto al sitio preciso por donde comienza la inflamación que ha de dar lugar al abceso, no están de acuerdo los patologistas; para algunos, como son Liebermeister, Cornil y Ranvier, Rendu, Winiwarter y otros, es el tejido intersticial del hígado el que se inflama primero; para otros, entre los que se cuentan Roquitansky, Frerichs y Virchow, el proceso comienza por las mismas celdillas hepáticas que, según la opinión de Jacoud y las observaciones hechas por Mac-Namara

en Bengala, sufren primero la degeneración gránulo-grasosa que trae consigo su muerte, estas celdillas se desagregan y van á formar parte del pus que comienza á producirse, dejando espacios que se van haciendo cada vez más grandes por la fusión de los demás elementos. (1) Los grandes abcesos resultan así, ó de este ensanchamiento progresivo, como lo han observado Frerichs y Mac-Lean, ó bien de la reunión de varios focos por destrucción de sus tabiques respectivos. Por otra parte, los canalículos biliares y las ramificaciones de la vena porta se obstruyen desde el principio del proceso, ya sea por la compresión natural que ejercen sobre ellos los tejidos vecinos inflamados, y vueltos por consiguiente más voluminosos, ó bien porque se produzcan en el interior de aquellos vasos coagulaciones albumino-fibrinosas, según la opinión de Roquitansky.

Síntomas, marcha y terminaciones.—Los síntomas generales del abceso de hígado varían según que sea el resultado de una inflamación directa y exclusiva de este órgano, y que puede ser aguda, subaguda y crónica, ó se presente como complicación de otra enfermedad, en cuyo caso se mezclan y se confunden hasta cierto punto con los que son propios á la afección primitiva. Hablaré de todos ellos comenzando por los de las distintas formas de hepatitis, y haré notar particularmente aquellos locales que, según la opinión de varios autores y el resultado de mis pocas observaciones, son más constantes y nos sirven para diagnosticar con mayor certidumbre una colección purulenta en el hígado, cualesquiera que sean las circunstancias en que se haya producido.

La hepatitis aguda, rara en los climas templados y fríos, en donde casi solamente se produce á consecuencia de algún traumatismo ó del enclavamiento de algún cálculo, y que es al contrario muy frecuente en los

(1) Laveran y Teissier han podido observar varios casos en los que la inflamación había comenzado por la celdilla hepática; pero tienen, sin embargo, la opinión de que la mayor parte de las veces comienza por el tejido conjuntivo intersticial.

países calientes, presenta tal conjunto de síntomas, y éstos revisten un carácter de intensidad tan marcado, que su diagnóstico se hace desde el principio relativamente fácil.

El enfermo, después del malestar general que precede á todas las flegmasías graves y que dura solamente algunas horas, es atacado de escalofríos más ó menos intensos que se repiten durante uno ó dos días, de fiebre, que aunque comúnmente se enciende de una manera rápida y contínua, otras veces presenta al principio el tipo intermitente para hacerse después remitente, de exacervaciones vesperales ó nocturnas. La fiebre está caracterizada no sólo por la frecuencia del pulso y el aumento de la temperatura, sino también por su cortejo habitual de síntomas, tales como cefalalgia, sed, anorexia, dispnea, etc. La dispnea, muy marcada algunas veces, es debida en este caso no solamente á la mayor cantidad de oxígeno que necesita un febricitante, en el que son más activas las combustiones orgánicas, sino también á que, siendo menos amplia la excursión torácica por el dolor situado en el hipocondrio derecho (otro síntoma de la hepatitis), y entrando por consiguiente menor cantidad de aire á los pulmones, el enfermo necesita hacer más frecuente su respiración.

El dolor de que acabo de hablar comprende realmente dos sensaciones distintas en su sitio y carácter: una se sitúa casi invariablemente en el borde costal del hipocondrio derecho, cualquiera que sea, por otra parte, el sitio del abceso, por lo que se ha comparado al dolor de costado que se observa en la pneumonía y pleuresía, y se le ha dado el nombre de *dolor de costado hepático;* la otra es más profunda, más intensa, se localiza en el lugar del foco inflamatorio, variando por consiguiente de sitio. Además, casi siempre el dolor se propaga hasta el hombro derecho y los músculos de ese lado del cuello.

Otro síntoma también muy constante en la hepatitis es la tos pequeña, seca, penosa que se produce por accesos, esta es la *tussis hepatica* de Galeno.

Si al conjunto de los síntomas anteriores se agrega la

matitez á la percusión, y la ausencia de vibraciones torácicas y del murmullo respiratorio, observadas arriba de la región hepática normal, fenómenos que dependen de que el hígado aumentado de volumen, más que por el foco de inflamación, por la congestión general del órgano, sube á un nivel más alto, rechazando por intermedio del driafragma la porción correspondiente del pulmón; se podría creer á primera vista en la existencia de una pleuresía con derrame. El diagnóstico diferencial es en general fácil de hacer, reconociendo, que la curva, límite superior de la matitez, es en la pleuresía de concavidad vuelta hácia arriba y al contrario en la hepatitis; que esta curva no se modifica por las distintas actitudes que se hagan tomar al enfermo cuando depende del hígado, y se altera notablemente en los casos de pleuresía, á menos que existan numerosas adherencias que enquisten el derrame. Se ha dicho también por algunos autores (pero estos son signos de poco valor), que la presión sobre el hipocondrio derecho exacerva considerablemente el dolor en caso de hepatitis, y casi no tiene influencia sobre el que acompaña la pleuresía; y que en la pleuresía la presión del líquido sobre el diafragma y sus inserciones costales tiende á abatir las costillas, estrechando los espacios intercostales, en tanto que las colecciones líquidas del hígado, ejerciendo una presión excéntrica sobre las costillas, las rechaza hacia fuera y arriba, y ensancha notablemente aquellos espacios. En fin, la ausencia de los otros signos físicos propios á la pleuresía, y que varían según la abundancia y naturaleza del derrame, así como la existencia de los demás síntomas que caracterizan la hepatitis, harán desvanecer las dudas y bastarán en la mayor parte de los casos para establecer un diagnóstico exacto.

Los demás síntomas de la hepatitis son: náuseas y vómitos biliosos que aparecen comúnmente desde los primeros días de la enfermedad; icteria, aunque este no sea un síntoma constante, pues sólo se presenta en la minoría de los casos. Esta icteria que para algunos patologistas es por reabsorción ó *bilifécica*, según la expresión de Jacoud, sería producida, ó por la reten-

ción de la bilis en sus canalículos comprimidos por los tejidos vecinos inflamados, ó por su hipersecreción, *policolia*, debida á un catarro concomitante de esos mismos canalículos. Otros autores como Rendu, por ejemplo, creen que sea debida á la destrucción rápida de los glóbulos rojos de la sangre *(icteria hemaféica)*. Gubler y Dutroulau explican según esta teoría la coloración amarillo-verdosa de la orina en muchos casos de hepatitis, sin admitir que sea debida á la reabsorción de la bilis. Cuando esta icteria es precoz, y la fiebre es intensa, pudiera confundirse la hepatitis supurada con la hepatitis atrófica difusa; pero se distinguen estas dos afecciones en que la última va acompañada de hemorragias mucosas y cutáneas, albuminuria y un estado ataxo-adinámico especial, síntomas que no se encuentran en la primera.

Los síntomas anteriores constituyen el cuadro de la hepatitis supurada durante los primeros ocho días, después de los cuales generalmente se establece la supuración, sobreviniendo entonces un agravamiento notable que se manifiesta por fiebre más intensa que antes, escalofríos, sudor frío y pegajoso, pulso pequeño y concentrado, dolor más vivo y punzante en el hipocondrio. Otras veces el pus tarda dos ó tres semanas en formarse. Este agravamiento dura uno ó dos días, y el enfermo entra después en un período de alivio, que no es más que aparente, pues comúnmente el abceso se encuentra ya formado y habrá que buscarlo precisando su sitio y extensión.

Si el abceso es pequeño, ó bien de tamaño mediano pero situado en el centro del órgano, no dará lugar á ningún signo físico apreciable, y en este caso sólo la persistencia de algunos de los síntomas anteriores, y la producción de algunos otros nuevos, podrán hacer establecer un diagnóstico probable. Los principales de estos síntomas son, el dolor localizado, ó nada más una sensación de pesantez en el hipocondrio, fiebre que reviste la forma héctica, escalofríos, enflaquecimiento progresivo del enfermo y diarrea: conjunto que constituye la *Tisis hepática* de los antiguos.

Cuando el abceso es grande, ó de tamaño mediano pero superficial, se reconocerá al exterior por la deformación de la parte inferior del lado derecho del tórax, y la tumefacción en el hipocondrio del mismo lado; ya he dicho que aquella deformación consiste en una proyección hácia fuera de las últimas costillas, con ensanchamiento notable de los espacios intercostales. La tumefacción es comúnmente apreciable también por la palpación cuando el abceso está situado en la porción externa del lóbulo derecho, ó en la cara cóncava del hígado, delante de la hila de este órgano. Por la palpación se puede reconocer también en los casos de abceso superficial la fluctuación característica. Es casi inútil agregar que al nivel del abceso la percusión debe producir un sonido mate, excepto en los casos raros en que estuviese ya comunicado con el estómago, intestino, pulmones, etc.; pues en estas circunstancias los gases que penetraran hasta el abceso modificarían naturalmente el resultado de la percusión.

Cuando además de ser superficial el abceso lleva algunos días de haberse formado, puede encontrarse la piel de la región correspondiente, caliente, roja, edematizada, en fin, con todos los caracteres de la piel que cubre los abcesos subcutáneos, y sin sufrir deslisamiento alguno sobre los tejidos subyacentes. En estas circunstancias la fluctuación producida por el abceso es enteramente superficial. Estas modificaciones se consideran por muchos autores no sólo como un signo cierto de adherencias peritoneales, sino que indican, además, que ya la piel es el sitio del trabajo ulcerativo que tiende á perforarla.

Pero no se debe esperar á que las cosas lleguen á tal extremo para decidirse á practicar una operación más ó menos grave, pues raras veces daría lugar la muerte á la intervención quirúrgica tan necesaria en estos casos.

Sabemos que la cuestión capital de diagnóstico se reduce, en estas circunstancias, á investigar si existen ó no adherencias peritoneales que impidan al pus derramarse en la cavidad, provocando una peritonitis rápida-

mente mortal. La observación en el Hospital General de esta ciudad nos da el derecho de esperar tales adherencias antes de que la afección hepática se encuentre tan avanzada, como en el caso supuesto anteriormente. Los principales signos para descubrirlas son los siguientes: fluctuación superficial; tumefacción que no cambia de sitio cualquiera que sea la posición que se haga tomar al enfermo; falta de deslisamiento de la piel sobre los tejidos subyacentes; falta de vibraciones ú oleada líquida por la *sucusión hidro-abdominal* en un punto que, generalmente, es el punto fluctuante de la tumefacción (esto en casos de *abcesos con ascitis);* por último, los frotamientos de las falsas membranas percibidos ya por el tacto ó ya por la auscultación.

Preciso es convenir, dice el Dr. D. Miguel Jiménez, en que todos estos datos no dejan siempre en el espíritu aquella certidumbre que se busca para decidirse á una operación grave; pero reunidos, contribuyen á resolver el problema de adherencias de una manera á veces decisiva.

En fin, el abceso puede producir también ascitis é infarto del bazo cuando está situado de tal modo que comprime la vena porta, aumentando por consiguiente la tensión sanguínea detrás del obstáculo.

Tal es el cuadro y sucesión de síntomas en la hepatitis de forma aguda. Los de la hepatitis subaguda son casi los mismos, pero atenuados en su intensidad y produciéndose con más lentitud. La invasión de la enfermedad no es tan brusca como en el caso anterior; la fiebre, menos intensa, afecta comúnmente el tipo intermitente; los fenómenos reflejos, particularmente los vómitos, son menos marcados; la icteria se produce muy rara vez; pero la tumefacción del hígado y el dolor en el hipocondrio y hombro derechos existen como en la otra forma de hepatitis, previniendo el error de tomar la afección por un simple desorden gastro-intestinal.

La formación del abceso se hace esperar comúnmente varias semanas; pero en el momento en que la supuración comienza, se observa el mismo agravamiento que hemos visto producirse en la forma aguda.

La hepatitis crónica puede ser reconocida desde el principio por dolor en el hipocondrio, aumento de volumen del hígado, trastornos digestivos, como vómitos, dispepsia, diarrea, algunas veces constipación; síntomas que van apareciendo muy lentamente sin causa apreciable, y que se prolongan durante uno ó varios meses, y acaban por sumergir al enfermo en un estado de debilidad peligroso, hasta que por último el abceso se forma, siendo precedido inmediatamente del conjunto de síntomas reveladores de la supuración. Otras veces la enfermedad sólo se manifiesta al principio por fiebre suave, intermitente, de accesos vesperales, y sobre los que no tiene influencia el sulfato de quinina, que puede servir de piedra de toque. Por último, hay casos en los que nada parece indicar el desarrollo de la hepatitis, sino hasta que se hace manifiesta la supuración por la fiebre, escalofríos frecuentes y demacración progresiva del enfermo; y otros, en que no se notan ni los signos de la supuración, y cuando el abceso no produce tumefacción apreciable, cuya naturaleza haría evidente la punción exploradora, será imposible establecer el diagnóstico: en estos casos el abceso se reconoce ó cuando se vacía espontáneamente al exterior, ó al practicar la autopsía.

El abceso una vez formado, puede tener varios destinos. Rara vez termina por la reabsorción del pus y retracción de sus paredes, de lo que resulta una cicatriz en forma de estrella, y que frecuentemente encierra aún una pequeña porción de sustancia sólida que se encuentra como enquistada, y es el producto de la caseificación del pus que no pudo ser reabsorbido. Estos casos son sumamente raros, y Dittrich y Wagner creen que cuando se presentan, se trata más bien de una hepatitis de naturaleza sifilítica que de una inflamación franca y esencial del hígado.

La tendencia natural del abceso es la de ensancharse progresivamente desgastando las paredes que lo forman, hasta abrirse paso al exterior ó comunicarse con algún otro órgano.

Cuando el abceso no es profundo, la inflamación periférica que se produce á su rededor, se propaga hasta

la superficie del hígado y á una porción limitada del peritoneo, produciéndose adherencias entre sus dos hojas, y cuando el abceso llega á perforar la pared abdominal, ya la reunión íntima de todos aquellos tejidos se encuentra establecida, escurriendo el pus libremente al exterior sin riesgo de derramarse en la cavidad peritoneal. Otras veces, cuando el acrecimiento ha sido muy violento y no han podido formarse adherencias previas, el abceso se abre dentro de esta cavidad, y provoca una peritonitis sobreaguda rápidamente mortal. Puede también adherirse, primero á las paredes del estómago ó de los intestinos, y vaciarse después en la cavidad de estos órganos, como lo han observado Grossman, Murchison y Cruveillier, produciéndose en el primer caso vómitos violentos de una materia purulenta, moreno-verdosa, de olor amoniacal muy marcado, y en el segundo, una diarrea de la misma naturaleza. El abceso puede desgastar el diafragma y derramarse en el fondo del saco pleural, produciendo una inflamación aguda de esta serosa, y más tarde, perforando la pared torácica, abrirse al exterior. Un caso semejante se observó en el Hospital General de esta ciudad, habiéndose podido reconocer después á la autopsía, que el abceso hepático, de grandes dimensiones y situado en la cara convexa del lóbulo derecho, había atravesado el diafragma hasta vaciarse en la pleura, de donde se extrajo el pus, primero por la punción con el trócar, y despues por la operación del empihema. En fin, el abceso puede vaciarse directamente en un bronquio, lo que se manifiesta por una vómica de materia purulenta; en el pericardio, en la vena porta, en la vesícula de la bilis y por intermedio de ella en el duodeno. Puede, por último, terminar por gangrena; pero según la opinión de Graves, Andral, Roquitansky y otros, esta sería provocada por un estado diatésico especial, pues casi siempre se acompaña de escaras producidas en otras partes del cuerpo.

Tales son los síntomas, marcha y terminaciones del abceso desarroyado á consecuencia de cualquiera de las tres formas de hepatitis de que he hablado, por lo que se refiere á los abcesos que complican otras enfermeda-

des, su diagnóstico se hace por los signos locales y generales de la supuración del hígado, que he dejado enumerados en otro lugar. Solamente diré que los casos en que se observa esta complicación, son los siguientes: en la piohemia, en la inflamación de la vena porta, en el cáncer y úlcera redonda del estómago; después de las operaciones graves practicadas en el recto, el útero y los ovarios; en las lesiones de los huesos del cráneo, y más frecuentemente en la disentería de los países calientes. En los casos de piohemia y otros, el abceso hepático se acompaña de abcesos semejantes en otros órganos, siendo entonces mejor que una complicación un mero síntoma de la enfermedad.

Pronóstico.—El abceso hepático es una afección generalmente grave. Esta gravedad varía, sin embargo, en relación con el estado general del enfermo, y las circunstancias de sitio, extensión y otras del abceso. Una buena constitución y una higiene apropiada, serán, independientemente de todo tratamiento, dos poderosos elementos que habrán de influír en favor de la marcha de la enfermedad. Por otra parte, el abceso cuando es único, pequeño, superficial, ó bien de naturaleza sifilítica (en cuyo caso el tratamiento específico es notoriamente eficaz), es mucho menos grave que en las otras circunstancias en que una complicación como la peritonitis sobreaguda, la infección purulenta, etc., producirían rápidamente la muerte.

Sin embargo, la hepatitis supurada es grave, no solamente por las consecuencias que el pus formado y colectado en el hígado puede traer, sino que aun antes de que el abceso haya tenido tiempo de formarse, la inflamación que le precede es ya capaz de producir la muerte, como se observa muy á menudo.

Tratamiento.—En un individuo robusto y vigoroso atacado de hepatitis aguda, se emplearán con éxito al principio de la enfermedad las emisiones sanguíneas, especialmente las locales, como ventosas escarificadas en el hipocondrio, sanguijuelas en el ano, etc.;

ó bien purgantes repetidos, sobre todo el calomel; esta medicación ha sido recomendada por Jacoud para la hepatitis de origen calculoso ó traumático en particular; también ha empleado con éxito en estos mismos casos, las aplicaciones de hielo en el hipocondrio derecho. Pero cuando se trata de individuos débiles, deben proscribirse las emisiones sanguíneas, así como en los casos de hepatitis de origen disentérico.

El calomel á dosis fraccionadas, ha sido preconizado para evitar la formación del pus; pero hasta hoy, sus efectos en este sentido, no están enteramente sancionados por la práctica.

Además de aquellos medios, se han empleado en la hepatitis aguda el emético á dosis rasoriana; la ipecacuana muy recomendada por Mac-Lean; los vejigatorios repetidos; los purgantes drásticos, como la escamonea, la resina de Jalapa, el podofilino, el ruibarbo, el acíbar, etc. En las hepatitis de forma crónica se ha recomendado emplear el yoduro de potasio á altas dosis, las bebidas alcalinas, etc.

Estos han sido los principales medicamentos empleados en el período inflamatorio de la enfermedad. Una vez formado el abceso, el tratamiento médico se reduce á sostener las fuerzas del enfermo, para lo que es conveniente usar el vino, la quina, el fierro, la estricnina, y á combatir las complicaciones que pudieran presentarse; pero el tratamiento quirúrgico adquiere en cambio, en estas circunstancias, una importancia capital.

Desde tiempos muy remotos, un gran precepto ha venido marcando á los cirujanos la vía que deben seguir en la curación de una colección purulenta cualquiera. Visto lo raro que es observar que un abceso termine por reabsorción, y los trastornos y complicaciones graves á que puede dar lugar el pus encerrado en su cavidad, la indicación fundamental ha consistido en abrirlo, dando libre paso á su contenido. Este precepto había encontrado su aplicación frecuente en los casos de abcesos subcutáneos; pero se creía un medio demasiado atrevido cuando se trataba de colecciones purulentas

formadas en cualquiera de las vísceras y cavidades del cuerpo humano.

Los medios empleados para abrir los abcesos subcutáneos, habían consistido en la punción con la lanceta, con el bísturi, por la acción de los cáusticos, como la pasta de Viena, los ácidos minerales concentrados, el fierro rojo, etc. Después, la abertura amplia con el bísturi fué sustituyendo, en la mayor parte de los casos, á los otros procedimientos, unos demasiado tardíos en sus efectos, otros insuficientes, ó excesivamente dolorosos.

Cuando se pensó en abrir los abcesos desarrollados en las vísceras y cavidades del organismo, los medios empleados con ese objeto fueron principalmente los cáusticos. Su acción procuraba no solamente el adelgazamiento más ó menos lento de las paredes del abceso, sino también adherencias entre aquellas paredes y los tejidos superficiales, que impidieran más tarde al pus derramarse en la cavidad que alojaba al órgano enfermo.

Más tarde se comenzaron á ensayar las punciones que se practicaban primero con el tróear simple y después con aparatos especiales, tales como el aspirador de Dieulafoy y el de Pottain. Estos medios fueron aplicados desde luego á la curación del abceso de hígado.

La abertura por los cáusticos, además de ser una operación muy dolorosa, era demasiado lenta, y exponía por consiguiente al enfermo á los peligros de una complicación inminente. Por esto se creyó que la punción daría mejor resultado. Pero el éxito no coronó las esperanzas. En la mayor parte de los casos el pus se reproducía fatalmente, después de ocho á doce días por término medio. Con una abertura tan estrecha como la producida por el tróear, no se consigue que el pus escurra libremente al exterior, suponiendo que se deje á permanencia su cánula, ó un tubo de canalización. Tampoco se pueden practicar lavados convenientes, y continuando la supuración indefinidamente en la mayor parte de los casos, el enfermo queda siempre amenazado de muerte por el agotamiento, la septicemia, la infección purulenta, etc.

El método de las punciones está, sin embargo, muy lejos de ser inútil. Tratándose de abcesos pequeños, las punciones evacuadoras bastarán muchas veces para producir la curación. Por lo que respecta á la punción exploradora, diré que es un poderoso elemento de diagnóstico que no sólo nos hará evidente la presencia del pus, sino también nos dará datos muy interesantes sobre el sitio, extensión y demás circunstancias del abceso. Por otra parte, ésta expone á muy pocos peligros, según las experiencias de Jacoud, Condon, Boinet, y así se ha observado también en el Hospital General de esta ciudad, en donde se acostumbra practicarla luego que el diagnóstico del abceso se hace siquiera probable.

Estos habían sido hasta hace poco tiempo los métodos fundamentales empleados para la curación del abceso hepático.

Hoy, la abertura amplia con el bísturi ha venido á ser un recurso heróico, superior, bajo muchos puntos de vista, á los medios empleados antes.

Voy á referir en seguida la historia de cuatro enfermos sometidos á este último procedimiento operatorio, y de los cuales sólo uno ha sucumbido, sin que su muerte haya sido debida en manera alguna á la operación. De estos casos haré algunas deducciones que se refieren á las circunstancias en que creo que la operación se encuentra indicada, á los peligros á que expone, etc. Referiré, además, la historia de otros dos enfermos tratados por el método de las punciones, de los cuales haré también algunas deducciones.

Observación I.—N. N., hombre de 35 años de edad, natural y vecino de Oaxaca, de regular constitución y temperamento bilioso-nervioso, de hábitos alcohólicos; entró al Hospital General de esta ciudad en Marzo de 1887.

Hecho el examen del enfermo se diagnosticó tuberculosis pulmonar en su primer período, sometiéndolo desde luego á un tratamiento tónico-reconstituyente.

Algunos días después, el enfermo se quejó de dolor en el hipocondrio y hombro derechos, escalofríos y fie-

bre que fué al principio remitente de exacervación vesperal, para hacerse después intermitente. El área de matitez del hígado se encontró aumentada notablemente, y después de varios días pudo percibirse en el hipocondrio, entre las líneas axilar y mamilar una marcada tumefacción.

Se hizo la primera punción con el aspirador de Pottain, sobre la línea axilar, en el noveno espacio intercostal, habiéndose extraído ¼ de litro de pus de mediana densidad y color amarillo-rojizo.

Siete días después el pus se había reproducido, y se practicó la segunda punción. Ésta se hizo en el décimo espacio intercostal y casi sobre la línea axilar, habiéndose extraído entonces 700 gramos de un líquido semejante al anterior.

Después de cada punción el enfermo se encontraba bastante aliviado; pero el abceso se reproducía fatalmente.

Ocho días después de la segunda punción fué necesario practicar la abertura amplia con el bísturi. Se hizo una incisión como de 5 ó 6 centímetros de longitud entre las líneas axilar y mamilar, y 2 centímetros abajo del borde costal, punto en donde se percibía claramente la fluctuación y era más marcada la proeminencia del abceso. Fué necesario todavía profundizar la incisión como un centímetro para llegar á la cavidad del abceso, habiéndose encontrado, sin embargo, establecidas las adherencias. Escurrió una abundante cantidad de pus más amarillo y denso que los anteriores; se hizo el lavado de la cavidad con una mezcla de agua tibia y alcohol fenicado, se colocaron tres tubos de canalización en tres fondos de saco que pareció presentar el abceso, cubriendo después la herida con un apósito, humedecido solamente con alcohol fenicado. Esta curación se siguió practicando dos veces al día, continuando sometido el enfermo al tratamiento tónico-reconstituyente y régimen alimenticio reparador, que se le habían instituído desde antes.

Desde el día siguiente al de la punción se comenzó á notar el alivio, que siguió haciéndose cada vez más

marcado. La fiebre, los escalofríos, el dolor iban disminuyendo poco á poco, el estado general del enfermo se mejoraba notablemente.

Los insomnios que padecía algunas veces eran tratados con éxito por la morfina y el cloral.

La supuración era poco á poco menos abundante y la cavidad del abceso se iba llenando por la proliferación de las yemas carnosas. A los diez días era ya inútil uno de los tubos. A los quince se practicaba un solo lavado diario. En fin, todo marchó bien hasta la cicatrización completa, que se obtuvo cincuenta días después de la operación, no habiendo tenido que lamentar ninguna complicación, á excepción del desarrollo ligeramente acelerado de la tuberculosis pulmonar que padecía este enfermo, debido probablemente á las circunstancias de debilitamiento en que la afección del hígado lo colocó; pero que curado de ésta pudo después restablecerse poco á poco.

Después de más de un año hemos tenido oportunidad de ver al enfermo, y se encontraba en muy buen estado, y sin embargo de no haber abandonado sus hábitos alcohólicos, no había vuelto á sufrir del hígado.

Observación II.—N. N., hombre de 56 años de edad, de buena constitución y temperamento bilioso-sanguíneo, de oficio sastre; fué atacado de hepatitis subaguda que terminó por supuración.

El examen físico reveló un aumento general del área de matitez del hígado, y una tumefacción bajo el borde costal del hipocondrio derecho y sobre la línea mamilar; la piel conservaba sus caracteres normales, sin embargo de percibirse ya alguna fluctuación en ese punto.

Se hizo la punción con el aspirador de Pottain en el séptimo espacio intercostal y un poco adelante de la línea axilar, habiéndose extraído 1,000 gramos de pus próximamente, después de lo cual se cubrió la herida con tela emplástica. Un ligero alivio siguió á la operación, pero dos días después volvieron á presentarse los signos de la supuración, tales como fiebre vesperal, sudor frío y pegajoso, pulso pequeño y concentrado, sensación de

pesantez incómoda en el hipocondrio; la fluctuación se hizo más notable en el mismo punto en que se había percibido anteriormente, y ocho días después de la punción se procedió á abrir el abceso con el bísturi. Con este objeto, se hizo una incisión de 6 centímetros de longitud sobre la tumefacción, es decir, 3 ó 4 centímetros abajo del borde costal y en la línea mamilar. Por ella escurrieron como otros 1,000 gramos de pus semejante al anterior. Se lavó el abceso con la mezcla de agua tibia y alcohol fenicado, y se colocaron dos tubos de canalización. La curación se practicaba dos veces al día. Se prescribió al enfermo un tratamiento tónico, y se cuidó de ir graduando su alimentación á medida que mejoraba. Poco á poco fué restableciéndose sin que presentara complicación alguna, hasta la cicatrización completa de la herida, que se obtuvo dos meses después de la operación.

Hoy, después de dos años, hemos visto en muy buen estado al enfermo, que no sufre más que dolor ligero y sin otro trastorno hepático, cuando se desarregla en su método de vida.

Observación III.—N. N., hombre de 35 años de edad, de regular constitución, entró al Hospital General de esta ciudad á curarse de una hepatitis subaguda que había terminado por supuración.

El abceso hacía proeminencia bajo el borde costal del hipocondrio derecho, entre las líneas axilar y mamilar, percibiéndose en ese punto una ligera fluctuación. Desde luego se practicó la punción con el aparato de Pottain en el octavo espacio intercostal, y sobre la línea axilar, habiéndose extraído 600 gramos de pus.

Seis días después, se practicó la abertura con el bísturi, haciendo una incisión como de 7 centímetros de largo sobre la tumefacción producida por el abceso, por cuya incisión salieron 2,000 gramos de pus. Más tarde se notó un escurrimiento de pequeñas cantidades de bilis casi *in natura*.

Lavado el abceso con la mezcla de agua tibia y alco-

hol fenicado, se colocaron cuatro tubos de canalización, dos gruesos y dos de mediano calibre.

A la operación siguió un alivio ligero que duró solamente un día, siendo reemplazado por el estado general grave que había presentado antes el enfermo, sobreviniendo la muerte algunos días después.

En la autopsía se notó lo siguiente: que el abceso abierto era de gran tamaño, como lo hacían sospechar las cantidades de pus extraídas y los datos suministrados por la exploración con la sonda; que entre el abceso y la pared abdominal se habían establecido las adherencias que impidieron al pus derramarse en el peritoneo, y por último, que el hígado estaba ahuecado de otro foco de supuración que no comunicaba con el primero, y que se encontró por consiguiente lleno de pus.

Observación IV.—N. N., hombre de 50 años de edad, de buena constitución y temperamento bilioso-sanguíneo; fué atacado de hepatitis aguda á consecuencia de abusos alcohólicos, hepatitis que terminó por supuración.

El abceso parecía estar colocado en la cara cóncava del hígado. Todo el órgano se encontró aumentado de volumen notablemente, percibiéndose en el hipocondrio y epigastrio una gran tumefacción, que descendía hasta 4 centímetros arriba del ombligo. La piel que la cubría estaba sumamente distendida y ligeramente roja, percibiéndose en ese punto una fluctuación característica. El enfermo se encontraba en un estado de postración excesivamente grave.

Se procedió desde luego á abrir ampliamente el abceso, practicando una incisión vertical de 7 centímetros de largo sobre la parte inferior del abceso, y 2 centímetros á la derecha de la línea blanca. Por ella escurrieron 2,000 gramos de pus, rojo-amarillento, muy fétido. Se colocaron en la herida dos tubos de canalización impregnados de alcohol fenicado, y se lavó el abceso con la mezcla empleada otras veces.

Las curaciones se practicaban dos veces al día.

El enfermo fué restableciéndose poco á poco hasta la

cicatrización completa, que se obtuvo mes y medio después de la operación. Durante este tiempo no presentó complicación alguna. Tal fué la primera operación de este género practicada en Oaxaca en 1885, y que como se ve obtuvo un éxito completo, no obstante el pésimo estado general del enfermo.

Hoy, después de cuatro años de operado, el enfermo está en muy buen estado de salud, y no obstante que no ha abandonado sus hábitos alcohólicos no ha vuelto á sufrir trastornos graves de parte del hígado.

Observación V.—N. N., hombre de 30 años de edad, de regular constitución, de temperamento bilioso, de oficio herrero, entró al Hospital General de esta ciudad á curarse de una hepatitis aguda, caracterizada por dolor en el hipocondrio y hombro derechos, de donde irradiaba algunas veces hasta los músculos del mismo lado del cuello; náuseas y vómitos, tos seca, fiebre intermitente vesperal, anorexia, constipación al principio y después diarrea.

El examen físico reveló un abultamiento notable del hipocondrio derecho, con aumento en el área de matitez del hígado y ensanchamiento de los últimos espacios intercostales, así como una tumefacción alargada y ligeramente fluctuante, que se extendía desde la línea mamilar hasta la línea media, inmediatamente abajo del borde costal del mismo hipocondrio.

El día 18 de Mayo de 1887, se hizo una punción con el aspirador de Pottain, en el séptimo espacio intercostal y entre las líneas axilar y mamilar; se extrajeron 1,000 gramos de pus.

Once días después, el pus se había reproducido y se practicó la segunda punción, habiéndose extraído 700 gramos de un líquido semejante al anterior.

Veintidos días más tarde, se practicó la tercera punción (21 de Junio de 87), que sólo produjo 500 gramos de pus.

El enfermo estuvo sometido desde el principio á un régimen alimenticio reparador y una medicación tónica.

La desaparición de algunos síntomas y la disminución de otros, tanto locales como generales, estaban revelando la marcha decreciente de la enfermedad; pero la existencia de un ligero movimiento febril por las tardes, así como el dolor suave en el hipocondrio y hombro derechos, y algunos trastornos del aparato digestivo, tales como anorexia, y algunas veces diarrea, hacían temer que el abceso no hubiera desaparecido completamente. El enfermo seguía en este estado de alivio lento pero progresivo, hasta que á consecuencia de un exceso de régimen, sobrevino una exacervación de la hepatitis, caracterizada por dolor vivo en el hipocondrio, fiebre intensa y náuseas. En este estado salió del Hospital por no querer seguirse curando.

Observación VI.—N. N., mujer de 29 años de edad, de regular constitución y temperamento bilioso, natural y vecina de Oaxaca, fué atacada de hepatitis subaguda, caracterizada por dolor en el hipocondrio derecho, de donde irradiaba al hombro y músculos del mismo lado del cuello, llegando hasta la apófisis mastoides y el pabellón de la oreja por una parte, y por la otra descendiendo hasta el muslo derecho; náuseas, anorexia, constipación, tos seca, produciéndose por accesos; fiebre intermitente vesperal ó nocturna, irregular; escalofríos y sudor frío, pegajoso y de mal olor. El examen físico hacía percibir un abultamiento considerable del hipocondrio derecho, dependiente del aumento de volumen del hígado; había además un ligero edema de los miembros inferiores, palidez y tinte subictérico de la piel; cabello irsuto.

Revelando este conjunto de síntomas la existencia probable de un abceso, se practicó desde luego la punción con el aspirador de Pottain, entre las líneas axilar y mamilar, y en el octavo espacio intercostal, habiéndose extraído 1,000 gramos de pus próximamente. Retirada la cánula se cubrió la herida con dos cruces de malta.

La tumefacción del hipocondrio disminuyó notablemente, lo mismo que los edemas.

Cuatro días después de la primera, se hizo la segunda punción, habiéndose extraído entonces una pequeña cantidad de líquido sero–sanguinolento.

La enferma seguía mejorando rápidamente; los edemas desaparecieron por completo, después de algunos días, lo mismo que la fiebre y los sudores; el apetito volvió y el dolor y la tumefacción del hipocondrio fueron disminuyendo progresivamente; el estado general de la enferma fué mejorando cada vez más, hasta quedar enteramente sana, un mes después de la operación.

Llama profundamente la atención este caso, por el brillante éxito alcanzado con la punción en circunstancias en que muy poco se debía esperar de ella, pues es sabida la fatal constancia con que se reproduce el pus en los abcesos un poco voluminosos, y es más notable aún, que una sola punción hubiera bastado para traer la curación.

Es de observar, además, la oportunidad con que se procedió á la operación; pues siendo el abceso grande y colocado profundamente, puesto que no se percibía fluctuación alguna, y cerca de la hila del hígado, como parecía indicarlo el edema de los miembros inferiores, su ruptura dentro de la cavidad abdominal debió ser un peligro inminente. Acaso dos ó tres días más tarde, la enferma hubiera sucumbido á una fatal complicación.

Este hecho prueba hasta qué punto son útiles las punciones practicadas con el aspirador, y cómo ellas pueden curar abcesos de gran tamaño, y precisamente aquellos que, por ser profundos, no pueden someterse al tratamiento heróico de la abertura inmediata con el bísturi.

De las historias que acabo de referir, así como de la observación general, creo poder deducir:

1º El abceso hepático se desarrolla entre nosotros con más frecuencia en la edad adulta, y es originado la mayor parte de las veces por abusos alcohólicos.

2º El mejor medio para conseguir su curación con-

siste en abrirlo ampliamente con el bísturi; pero este método no puede seguirse sino tratándose de abcesos superficiales, que sobresalen bajo el borde costal del hipocondrio, en cuyo caso la hepatitis periférica habrá provocado ya adherencias con la pared abdominal.

3º Si después de abierto así un abceso hepático, persiste el mal estado general del enfermo, hay que buscar la causa en alguna complicación, y sobre todo, es necesario explorar el hígado en distintas direcciones, pues pudiera depender de la coexistencia de otro foco purulento sin comunicación con el primero.

4º Para curar los abcesos profundos, sólo queda la punción evacuadora con el aspirador, que es capaz de producir por sí sola la curación de abcesos aun voluminosos.

5º La punción exploradora es un gran recurso para precisar el diagnóstico, debiendo preceder á cualquiera otra operación más seria.

*
* *

Respetables Jurados: he concluído este breve estudio que no contiene nada nuevo, ni está siquiera convenientemente ordenado. No creo, por tanto, haber llenado mis aspiraciones y propósitos, sin embargo de haber hecho cuantos esfuerzos he podido para conseguirlo. Que esto, al menos, influya en el ánimo de vosotros, y pueda merecer vuestra indulgencia de que tanto necesito.

Oaxaca, Agosto de 1889.

Ramón Bolaños y Cacho.